

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

245048

**Déclaration de Maladie : N° S19-0005659**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9483 Société : RAV

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUS LA MOUS Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0670041423 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/01/2023

Nom et prénom du malade : NACHOU MAGAT Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 13/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/01/2023	C1		200000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du pharmacien ou du fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/01/2023

439,50

091181370

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

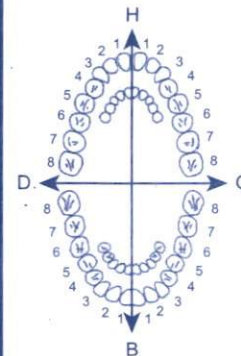
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

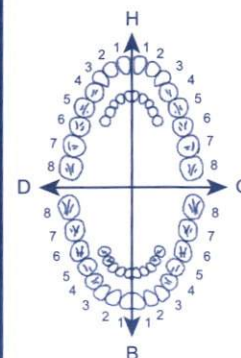
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Widad El Khadraj

الدكتورة ویداد الخضرج

Médecine Générale  
ECHOGRAPHIE

ECG



الطب العام  
الفحص بالصدى

تخطيط القلب

مراقبة الحمل

الحمية الطبية وتخفيف الوزن

Surveillance de Grossesse  
Nutrition

PHARMACIE HAY EL WIFAK  
Dr. BOUDAD Abdelkader  
Rue 65 Lot 7789 El Wifak  
Casablanca - Tél: 05 22 99 12 20

Casablanca, le : 13/01/2023 في الدار البيضاء

Mme FACHOU MAGAT  
88,90 X 5

11 - Flex Dex LP

18/7 le matin  
95,00

21 - i Ecto NAC

18/7 في المساء  
T: 439,50

حي الوفاق 3 زنقة 65 رقم 59 الألفة الدار البيضاء (قرب صيدلية الوفاق)

Hay Wifak 3 Rue 65, N° 59 El Oulfa - Casablanca (Prés de pharmacie Al Wifak)

Tél.: 05 22 891 927

# Extramag<sup>®</sup>

TRIPLE ACTION

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

10/2021  
10/2024  
0921066

V002-01/21  
ETEXMAC030CP



3 760162 579741

68,90

**FLUDEX<sup>®</sup> LP**

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

68,90

**FLUDEX<sup>®</sup> LP**

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

68,90

**FLUDEX<sup>®</sup> LP**

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

68,90

**FLUDEX<sup>®</sup> LP**

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

68,90

**FLUDEX<sup>®</sup> LP**

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126